

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 138

L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE EN FACE DE LA MORALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Février 1933

PAR

Roger DOUBLET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		MAURIAC, professeur.....	Juges.
		PERY, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 138

L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE

EN FACE DE LA MORALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Février 1933

PAR

Roger DOUBLET

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 janvier 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		MAURIAC, professeur.....	
		PERY, agrégé... ..	Juges.
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	GARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

En témoignage de ma profonde affection, à lui qui a su m'orienter vers une carrière voisine de la sienne et m'en découvrir tous les attraits.

A MA MERE

Bien faible témoignage de la reconnaissance infinie que je lui dois pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MA FEMME

Que ce travail soit pour elle la bien faible expression de mon amour.

A MON GRAND-PERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRERE

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSÉ

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chef de Laboratoire de médecine opératoire.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANCHOT

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARC RIVIÈRE

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour tous les conseils qu'il m'a si bienveillamment donnés au cours de l'élaboration de cette thèse, conseils qu'une similitude d'idées et de croyances m'a rendus si précieux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Respectueux hommage d'admiration d'un élève pour un maître, qui, avec le prestige de son autorité, a défendu avec une vigoureuse éloquence « l'intransigeance de l'Eglise » dans le problème de l'avortement thérapeutique.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDÉRODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de ma gratitude et de
mon respect pour avoir bien voulu me
faire l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

L'avortement thérapeutique

en face de la morale

INTRODUCTION

Le malaise de l'avortement thérapeutique, question mise à l'ordre du jour depuis plusieurs années, en particulier par le Professeur Fruhinsholz, fut discuté à la Conférence internationale de Lausanne, sur la tuberculose en 1924 et au Congrès de gynécologie de Lyon en 1927. En 1926, J. Hartemann, de Nancy, l'avait étudié en fonction des données médicales juridiques et théologiques.

Depuis lors, et aujourd'hui encore, ce malaise a persisté aussi angoissant pour certains médecins, aussi pénible pour certains foyers; néanmoins, il semble qu'une très nette évolution des idées en cette matière se fasse jour et tende à diriger les efforts thérapeutiques vers des solutions nouvelles et pleines d'heureux effets.

Nous avons donc cru bon de reprendre ce sujet afin de montrer que les maladies gravidiques imposent moins souvent et surtout imposeront chaque jour de moins en moins une conduite aussi funeste qu'autrefois pour l'enfant ou la femme, ainsi que des conflits de conscience moins nombreux et moins difficiles pour le praticien.

Nous examinerons donc tout d'abord les pathogénies admises actuellement pour expliquer divers syndromes dont l'origine est attribué à la gestation, afin d'établir sur chacune l'orientation nouvelle de la thérapeutique. Dans la mesure, en effet, où les manifestations pathologiques survenant au cours de la grossesse pourront être reconnues comme des formes cliniques d'affections connues et décrites en dehors de la puerpéralité, l'évolution de l'œuf vivant, susceptible de créer ces formes, ne saurait être tenue pour directement et exclusivement responsable de ces états auxquels elle ne fait qu'imprimer une physionomie particulière.

Nous aurons ainsi l'occasion de constater que la thérapeutique, en maintes circonstances, n'a pas forcément besoin, pour être efficace, de recourir à l'évacuation artificielle de l'utérus et nous verrons ainsi que les indications vraiment médicales de l'avortement thérapeutique, très réduites à l'heure actuelle, sont exposées à disparaître totalement d'après le témoignage des faits cliniques.

Nous pourrons alors, après avoir rappelé les exigences de la morale sur cette question, déterminer la très étroite et très nette concordance des données de la science et des lois de la morale. Et de la confrontation de leurs identiques conclusions, le médecin pourra sentir que si son premier et son plus grand devoir est avant tout de protéger, de respecter et de sauver la vie humaine quelle qu'elle soit, c'est un devoir qu'il peut et pourra remplir de plus en plus scrupuleusement grâce au perfectionnement sans cesse croissant des conceptions pathogéniques et thérapeutiques des maladies gravidiques.

A l'heure où deux courants de sens contraires semblent parcourir le monde, les uns s'acharnant à protéger la vie et à accroître la natalité; tandis que les autres empêchent la vie d'apparaître ou la détruisent dans ses sources profondes, il est bon de se rendre compte que le problème de l'avortement thérapeutique pose à la fois une question d'ordre médical et une question d'ordre moral.

Dès lors, en effet, qu'il s'agit d'apporter une solution juste et raisonnable à un problème dans lequel entrent en jeu des droits et des intérêts égaux en dignité, comment pourrait-on prétendre que seule la science médicale a autorité en la matière sans tenir compte de la loi morale. Certes, il est indéniable que le médecin doit avant tout, dans la moindre de ses interventions, se conformer aux données précises de l'expérience et s'entourer de la prudence la plus grande dans ses innovations thérapeutiques; mais aussi judicieux et aussi impératifs que puissent être les motifs et les raisons déterminantes de ses actes, cela ne l'autorise en aucune manière à en exclure systématiquement le côté moral, qui intervient souvent. Et d'ailleurs le ferait-il qu'il s'exposerait, dans ces conflits aigus où il n'est pas le seul juge, à se voir contraint parfois à une abstention dangereuse pour s'être laissé entraîner à adopter une solution facile au lieu de tout mettre en œuvre pour agir efficacement.

Pour exceptionnels que puissent être ces cas, il arrive que des conflits de la plus vive acuité surgissent entre les droits de la mère et ceux de l'enfant, entre le souci de la vie ou de la santé d'une femme et celui non moins précieux de la sauvegarde du jeune être qu'elle abrite en elle. Ce sont alors des questions de conscience particulièrement délicates et troublantes qui se posent au praticien et le jettent dans d'angoissantes perplexités.

Et lorsqu'en face de ces situations parfois tragiques qu'il doit dénouer, il se sent contraint à se tracer une ligne de conduite, est-ce qu'il serait légitime et suffisant de sa part de s'en tenir aux seules directives scientifiques, insoucieuses de la moralité des moyens qu'elles peuvent offrir, pour justifier sa conscience. Sur le point de prendre une décision de la plus haute gravité, qui va peut-être l'exposer à supprimer par une action directe et positive un être vivant, ne doit-il pas se demander quelle est, de celle des deux voies qui s'offrent à lui, celle qu'il doit choisir? D'un côté, en effet, en intervenant, il va peut-être sauver une vie sur les deux qui lui sont confiées, mais il sait que son geste va être directement meurtrier; de l'autre côté, en s'abstenant, tout en mettant en œuvre la thérapeutique qu'il croit la plus active, son attitude va peut-être avoir pour résultat la perte de deux vies, mais il sait que s'il n'intervient pas par un acte directement homicide, il n'aura rien à se reprocher. Dès lors, en face de ce dilemme qui se pose à son esprit, il est obligé de faire appel à un critère qui soit susceptible d'imposer ses exigences et auquel il ne soit pas possible de se soustraire. C'est donc la loi morale, ayant pour base le droit naturel, qui va lui fournir une solution que l'art médical seul serait impuissant à lui indiquer nettement. Et d'ailleurs, en cette matière délicate, où l'opinion médicale est essentiellement variable et où les données de la science ne reposent pas sur des bases absolument certaines, n'est-ce pas à la fois une garantie et une justification de pouvoir trouver dans les principes de la morale, qui oblige tout homme, une direction sûre et une attitude très nette? C'est là, de plus, se conformer à l'avis de nombreux et éminents accoucheurs, dont les idées concordent pleinement sur ce terrain avec les exigences morales.

Le malaise de l'avortement thérapeutique pose aussi une question de la plus grande importance que nous n'avons pas le droit de négliger. Il nous est sans doute à peu près impossible de nous rendre compte de la répercussion lointaine et parfois obscure de nos actes de la plus insignifiante appa-

rence, et cela n'entraîne pas toujours de très graves conséquences. Mais lorsqu'il s'agit d'un acte d'une aussi exceptionnelle portée que l'interruption artificielle d'une gestation, nous ne pouvons pas ne pas agir avec la prudence la plus éclairée. Sous prétexte, en effet, d'une immunité médicale propice à tous les abus, il ne faudrait pas qu'on laisse s'étendre et s'accroître les indications vraiment absolues d'une intervention que certains n'hésiteraient pas à justifier avec la plus étonnante facilité par des raisons qui n'en sont point.

A la vérité, l'avortement thérapeutique, même lorsqu'il est pratiqué sur des bases relativement larges, comme dans certains pays, tout en répondant à des indications d'ordre vraiment médical, ne joue qu'un rôle tout à fait infime dans la question du recul des naissances si on le compare à l'avortement criminel et à la restriction malthusienne.

Néanmoins, on ne peut pas dire que ce ne soit pas un danger au point de vue social de laisser entamer le principe de l'inviolabilité absolue des droits de l'enfant à la vie. Sans doute, si le médecin agit en tout et partout avec sa science et sa conscience pour le seul bien de ses malades, de ce fait toutes les indications non médicales pourraient être éliminées. Mais, malheureusement, la science médicale n'a rien d'absolu, et, malgré tous ses efforts, le médecin le plus sérieux se laisse fatalement influencer dans un sens ou dans l'autre par des idées ou des sentiments souvent inconscients ou parfois même par des théories tirées de chiffres ou de statistiques auxquels on fait dire ce que l'on désire. C'est ainsi qu'au nom de la science et des faits, avec des chiffres merveilleux, on a tour à tour, à diverses époques, considéré l'avortement comme utile et nécessaire ou, au contraire, comme absolument inutile. Et c'est ainsi que, sous prétexte d'irréductible incompatibilité des deux vies, on en est arrivé, dans beaucoup de pays, à admettre peu à peu, par des concessions successives, toutes sortes d'indications médicales de plus en plus étendues. Mais alors que celles-ci viennent à être

officiellement reconnues, ce sont des motifs variés et tout aussi pressants d'ordre moral, social, eugénétique ou économique qui ne manquent pas d'être allégués.

En France, le problème de l'avortement thérapeutique étant posé en 1852 devant l'Académie de médecine, la plupart des savants reconnurent la légitimité de cette intervention lorsque la vie de la femme enceinte était directement menacée par la continuation de la grossesse. Puis, alors qu'une évolution de la plus grande envergure s'ébauche dans la plupart des pays, chez nous on continue à limiter les indications au danger mortel créé par la grossesse. Cependant, un peu à l'instar de ce qui se passe dans de nombreux pays étrangers, on avait tendance à proclamer la nécessité d'armer le bras de l'accoucheur non seulement à un stade bien déterminé et inquiétant de certaines affections, mais alors que les symptômes ou les prodromes les plus discrets de ces maladies pouvaient être seuls incriminés. A l'heure actuelle toutefois, les indications de l'avortement thérapeutique, du moins dans le cadre des indications médicales absolues, accusent une très nette diminution de nombre par suite de la plus grande précision que l'on apporte aux conceptions pathogéniques et par suite aux moyens thérapeutiques efficaces : « A mesure que la science progresse, la liste des indications, assez longue naguère, qui justifiait l'expulsion provoquée de l'œuf au cours des deux premiers trimestres de la grossesse, se raccourcit sans cesse et tend à s'annihiler. Il y a quelques années toute maladie grave de la femme enceinte, tout obstacle infranchissable du passage du fœtus à terme dans le bassin, semblaient autoriser la suppression de la grossesse. Aujourd'hui, les idées changent, l'opération césarienne est devenue aussi sûre qu'elle s'annonçait meurtrière, et, quant aux états infectieux et toxiques, nous acquérons de plus en plus la notion qu'ils ne guérissent pas par le seul fait de l'évacuation utérine ». Ainsi s'expriment Demelin et Devraigne dans le *Manuel de l'accoucheur*.

Dans les pays anglo-saxons et sud-américains aussi bien

qu'en Russie, ce furent souvent, au contraire, les indications médicales de plus en plus élargies qui ont engagé de nombreux médecins dans la voie dangereuse des considérations extra-médicales. Et de la sorte les indications d'une délivrance anticipée purent être justifiées avec la plus grande facilité, ce qui ouvre la porte à tous les abus.

Mais tout d'abord nous devons préciser ce qu'il est convenu d'appeler un avortement thérapeutique, afin de délimiter, parmi les multiples indications qui ont été alléguées, celles qui, par leur caractère d'impérieuse nécessité, peuvent à la rigueur être justifiées de ce fait. La définition de l'avortement thérapeutique telle qu'elle a été donnée par le Professeur Fruhinsolz ne concerne en effet que ces cas où la vie de la mère ne semble possible qu'à la condition de sacrifier son enfant. « L'avortement thérapeutique est l'interruption artificielle de la gestation au début chez des femmes dont la vie ou un organe vital sont immédiatement et certainement menacés par une affection directement créée ou aggravée par la gestation, après échec déclaré de toute autre thérapeutique efficace et lorsque la certitude clinique est acquise que la guérison s'ensuivra ».

A côté de ces cas où les défenseurs de l'avortement thérapeutique ont fait valoir l'argument de nécessité, qui, à leurs yeux, est indéniable et sur lequel ils font reposer le fondement moral de l'avortement thérapeutique, il y a une deuxième catégorie d'avortements, qui sont pratiqués sur indications relatives, c'est-à-dire facultatives, discutables. Ce n'est plus l'alternative de la survie ou de la mort prochaine de la femme qui justifient l'intervention meurtrière, mais c'est seulement le danger que court la santé de la mère. Cette santé, suivant les cas, est plus ou moins compromise et à des échéances variables, quelquefois même la vie peut être menacée dans un avenir éloigné, mais dans tous les cas il s'agit d'un risque présumé lointain, contre lequel on s'assure en sacrifiant délibérément l'enfant.

Il est enfin une autre catégorie d'avortements que d'aucuns

prétendent pouvoir appeler « thérapeutiques », alors qu'en réalité ni la vie, ni la santé de la femme ne sont en danger. La seule raison, d'ailleurs, qui permette à certains de couvrir d'une étiquette honorable ces avortements, c'est qu'ils sont pratiqués par des médecins.

Les indications sont multiples et diverses :

Il y a tout d'abord les indications sociales. Ce sont elles qui sont, à l'heure actuelle, journellement mises en pratique en Russie soviétique. Sous prétexte de se trouver dans une quasi-impossibilité de faire face aux exigences de la vie de leur famille et d'élever de nombreux enfants, en raison de leur situation économique et sociale, nombreux sont les parents qui désirent bénéficier des avantages de l'avortement. Et alors c'est par milliers que l'on pratique l'avortement « sur indications sociales », que la loi autorise pleinement. Afin d'alléger momentanément un budget familial, pour permettre la procréation à l'époque jugée opportune et dans le but de supprimer les avortements clandestins, toujours susceptibles de complications désastreuses, il existe des cliniques spéciales où les femmes peuvent bénéficier des avantages de l'avortement artificiel, pratiqué chirurgicalement avec le minimum de risques. En 1931, dans une seule clinique, 20.000 avortements ont été pratiqués, et dans l'espace d'un an on en a compté 100.000 dans la seule ville de Moscou.

Les défenseurs de cet état de choses font d'ailleurs valoir les bénéfices de cette organisation. C'est ainsi qu'à Moscou l'extension des avortements artificiels ne fait nullement diminuer le nombre des accouchements qui progresse, en relation avec l'accroissement de la population.

Toutefois, à propos de « l'expérience » russe en la matière, on peut faire remarquer, d'après les rapports faits à certains congrès de gynécologie et d'après les publications qui paraissent sur ce sujet en Russie même, que l'avortement ainsi couramment pratiqué n'est pas sans danger, même chez la plupart des femmes bien portantes. En milieu hospitalier et

entre mains expertes, l'avortement comporte encore des risques. Pour être rares les lésions de l'utérus et de ses annexes, les cas de morts brusques ou rapides par shock, par embolie gazeuse ou pulmonaire, par septicémie aiguë, existent cependant. Quant aux séquelles chroniques du côté de l'utérus et des annexes, elles peuvent succéder à l'expulsion opératoire la mieux conduite. Et puis aussi l'avortement artificiel, supprimant au point de vue biologique l'influence trophique du corps jaune, du placenta et du fœtus, l'involution des organes génitaux dépasse souvent la limite normale.

A côté des avortements pratiqués sur indications sociales, il y a les avortements que certains justifient par l'eugénétique basée sur les lois de l'hérédité. Mais, malgré leur caractère prétendu médical, on ne saurait les admettre alors que les indications de cet ordre ne répondent à aucune précision scientifique et ne sont nullement certaines d'améliorer la race.

Enfin, nous devons citer les indications dérivant de la réalisation des rapports sexuels par violence ou contrainte. Mais comment pour de semblables motifs connaître la vérité ?

De l'unique point de vue médical, il apparaît donc très nettement que, seules, certaines complications de la gestation au cours desquelles la vie de la mère se trouve réellement en danger méritent d'être étudiées.

LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Si les vomissements légers du début de la grossesse sont de la plus évidente bénignité et n'ont aucun retentissement sur l'état général des femmes qui en sont atteintes, il n'en est pas de même des vomissements gravidiques qui, par leur ténacité, leur fréquence et leur abondance exagérée, peuvent prendre une allure inquiétante et devenir incoercibles. Et c'est ainsi qu'à côté des nombreux cas cédant à l'influence d'une thérapeutique énergique, il en est qui, rebelles et réfractaires à toute médication, parcourent inexorablement les trois phases décrites par Dubois pour aboutir à la catastrophe finale. Il importe donc de se rendre compte quelle est parmi les nombreuses pathogénies émises celle qui semble être la plus vraisemblable, afin d'en déduire la conduite thérapeutique la mieux appropriée qui tend, à l'heure actuelle, à être purement et exclusivement médicale.

Considérés par les anciens auteurs comme d'origine névropathique, les vomissements gravidiques, sous l'influence des travaux de Pinard et de Fieux en particulier, sont envisagés par certains comme symptomatiques d'une intoxication à point de départ ovulaire. Mais la preuve biologique, telle qu'ils avaient cru pouvoir la donner par la découverte d'anticorps spécifiques suscités par un antigène foetal, n'a pu être faite, et il semble difficile d'admettre l'idée d'intoxication profonde de l'organisme, alors que parfois à la suite de l'évacuation utérine il y a guérison immédiate, complète et définitive. On ne comprend pas très bien, en effet, comment des signes de profonde intoxication pourraient si subitement disparaître.

Pour la plupart des accoucheurs au contraire, le vomissement gravidique tend de plus en plus à être considéré, même dans les cas graves et susceptibles de compromettre la vie, comme un symptôme réflexe traduisant un état psychique spécial ou encore relevant d'une affection locale à point de départ utérin. Ce serait aussi, semble-t-il, un symptôme banal d'une dyspepsie, d'une aérophagie, d'une ptose. Quant à l'état d'intoxication qui se produit, il ne serait que secondaire et lié à la combustion des réserves organiques à la suite d'une dénutrition profonde. Et l'acidose, qui en est la caractéristique, semblerait tirer son origine de l'état d'inanition dans lequel se trouve la malade au bout de peu de temps.

Les arguments cliniques qui soutiennent ces conceptions sont fournis par les résultats thérapeutiques.

La plupart du temps, en effet, ce qu'il importe avant tout de traiter, c'est le terrain névropathique. Il s'agit de femmes nerveuses, pour qui les vomissements sont une réaction de leur organisme vis-à-vis de la grossesse que très souvent elles redoutent. Cette origine pithiatique peut être invoquée dans de très nombreux cas, puisqu'il est exceptionnel que les vomissements ne cèdent pas au changement complet de milieu, à l'isolement.

Qu'une dyspepsie ou des manifestations d'aérophagie soient considérées dans d'autres cas comme la cause susceptible d'avoir entraîné la constitution du vomissement, et il suffit de traiter cette cause par un régime approprié. Que ce soit une ptose gastrique, une déviation utérine agissant par compression, il suffit de corriger ces états pathologiques, de même qu'il suffit parfois de cautériser une ulcération du col pour que la guérison survienne.

En dehors donc de ces cas divers, le plus efficace des moyens reste l'éloignement du milieu familial, l'isolement éventuel combiné à la diète absolue pendant dix jours, avec pour la compenser des injections sous-cutanées et rectales de solutions salées ou sucrées. L'opinion de Brindeau confirme cette attitude; puisqu'il déclarait au Congrès de 1927 que,

quoique ayant la réputation d'être interventionniste, il croyait à l'origine presque toujours pithiatique des vomissements gravidiques et n'avait plus provoqué d'avortement depuis 1924. « Les cas les plus graves, dit-il, ont guéri par l'isolement et la psychothérapie. Parmi ceux-ci, les signes que l'on considère comme commandant l'intervention existaient pourtant dans un bon nombre de cas. »

Nous pouvons donc admettre que la cause des vomissements incoercibles est d'ordre psychique avant d'être d'ordre toxique et que dans presque tous les cas l'isolement et la suggestion médicamenteuse ou opératoire ont une efficacité aussi grande que l'avortement thérapeutique qui n'a peut-être qu'une action psychique, mais est vraiment un trop puissant « moyen de suggestion ». Quant aux autres cas où cette thérapeutique médicale est impuissante, l'interruption de la grossesse risque d'être inefficace, parce que trop tardivement faite.

ANEMIE PERNICIEUSE GRAVIDIQUE

Pendant longtemps on ne chercha pas à différencier les manifestations très voisines du syndrome décrit sous le nom d'anémie pernicieuse. C'est Andral qui décrivit pour la première fois dans ses cliniques médicales sous le nom « d'anémie essentielle grave », le syndrome que Trousseau appela anémie grave mortelle et que Biermer, en 1867, isola et étudia sous le nom « d'anémie pernicieuse progressive ». Les auteurs qui, par la suite, étudièrent cette affection au cours de la gestation n'attribuèrent à cette dernière qu'un rôle étiologique sans y voir une entité morbide spéciale tant paraissaient voisins les symptômes qui la caractérisaient dans l'un et l'autre cas. Cependant, au début du siècle actuel, un certain nombre d'observations sont rapportées qui tendent à montrer l'action curative de l'interruption de la grossesse. De là naît alors et se développe cette conception : « L'anémie pernicieuse de la femme enceinte est le résultat d'une intoxication spécifique à point de départ ovulaire. » En 1905, la thèse d'Aubertin, la monographie d'Ekkert Petersen en 1918, l'article documenté d'Aubertin en 1924 dans la *Presse médicale*, consolident cette conception et confèrent à ce syndrome une unité pathogénique et symptomatique, l'anémie pernicieuse gravidique semble être une affection nettement individualisée.

Pour Winter, bien des cas d'anémie pernicieuse survenant au cours de la grossesse sont pourtant des cas d'anémie du type Biermer que la grossesse ne fait qu'aggraver et dont le traitement obstétrical est incapable à lui seul d'enrayer la marche. Par contre, il se pourrait qu'il existe une véritable

anémie pernicieuse gravidique due à l'intoxication gravidique qui devrait bénéficier de l'avortement thérapeutique; mais ces deux formes seraient impossibles à distinguer l'une de l'autre. La conduite à suivre serait donc, d'après une statistique de Sacchs rapportée par Winter, d'interrompre dans tous les cas, puisque sans interruption artificielle de la grossesse les femmes meurent la proportion de 79 p. 100 et qu'avec l'avortement la proportion descend à 59 p. 100.

Pour Tarnier et Pinard, la terminaison ayant plusieurs fois paru fatale dans les cas où l'accouchement spontané avait eu lieu, ils préféraient s'abstenir. D'ailleurs, pour Tarnier comme pour beaucoup d'autres auteurs, l'anémie pernicieuse des femmes enceintes n'est pas une maladie particulière à existence autonome, mais constitue seulement un cas particulier de l'anémie pernicieuse commune.

Pour Rudaux également, l'anémie pernicieuse serait une affection indépendante de la grossesse et il n'y aurait entre elles aucune relation de cause à effet, mais seulement une pure coïncidence. Pour Garipuy, une anémie pernicieuse, parce qu'elle survient chez une femme enceinte, ne devrait pas être rangée de ce fait dans le cadre des anémies symptomatiques; enfin, pour Sbisa, il n'y a pas de relation causale entre la gravidité et l'anémie pernicieuse; la gravidité peut causer une chloroanémie avec polynucléose facilement curable, mais pas de véritable anémie pernicieuse.

Si vraiment la pathogénie unique de l'anémie pernicieuse gravidique pouvait être trouvée dans un état d'auto-intoxication dû à la gestation, il serait peut-être normal de considérer le premier élément de traitement comme le seul efficace, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse, car il faudrait admettre avec Aubertin « que deux conditions sont nécessaires pour que l'anémie pernicieuse gravidique puisse guérir : d'une part, l'expulsion du fœtus; d'autre part, un traitement dirigé contre l'anémie ».

Pour Aubertin, en effet, la caractéristique du syndrome serait le chiffre élevé de la leucocytose qui dépasse souvent

15.000 globules avec une polynucléose très marquée de 75 à 85 p. 100. Il signale aussi la relative bénignité des hémorragies qui, très importantes dans toutes les autres anémies graves, sont ici réduites au minimum et se bornent le plus souvent à quelques épistaxis.

Dans une thèse récente, Coll de Carrera apporte lui aussi une contribution expérimentale à la thèse de l'anémie pernicieuse gravidique d'origine ovulaire. Le syndrome serait sous la dépendance d'une toxémie villose coïncidant avec une hypocholestérinémie très vraisemblablement d'origine surrénale. Il y aurait rupture de l'équilibre hémolytique qui existe normalement dans le sang de la femme enceinte et dont les deux termes sont constitués par le processus physiologique d'hématolyse d'origine placentaire et par le processus normal de neutralisation, qui est dévolu à l'hypercholestérinémie de la grossesse. L'hématolyse du sang maternel qui assure les besoins en fer de l'embryon se produisant au contact de la villosité choriale, si le mécanisme régulateur qui est l'hypercholestérinogenèse, de règle chez la femme enceinte, vient à être déficient, la destruction globulaire dépassera le degré physiologique.

Dès lors, de nombreux auteurs croyant réaliser une thérapeutique véritablement causale n'ont pas hésité à préconiser l'expulsion du fœtus dans tous les cas d'anémie pernicieuse. De ce fait, on a obtenu après emploi de ce procédé, des guérisons parfois rapides, mais il serait exagéré d'étendre le bénéfice de cette thérapeutique à tous les cas.

Tarnier, Pinard et d'autres encore, se basant sur la terminaison fatale qui s'est souvent produite, même lorsque l'accouchement spontané avait eu lieu, préconisent l'abstention.

A en croire certains, tels que de Graefe, Audebert, l'interruption de la grossesse serait utile à condition d'être pratiquée dès le début de la maladie, avant le septième mois, mais cette manière d'agir est difficile à appliquer, car le diagnostic est généralement tardif.

D'ailleurs, on a constaté que, très souvent, les symptômes de l'anémie pernicieuse éclatent ou du moins acquièrent leur maximum d'acuité et de gravité après l'accouchement ou l'avortement seulement. Fréquemment même, ce sont ces symptômes postpuerpéraux qui révèlent la maladie, ce qui montre que l'évacuation de l'utérus est loin d'être souveraine.

La toxémie villeuse ne peut donc pas être invoquée la plupart du temps, car la seule thérapeutique qui répondrait exactement à cette pathogénie est très souvent déficiente.

Nous croyons donc qu'à l'heure actuelle la tendance de la majorité des accoucheurs est de considérer l'anémie pernicieuse survenant au cours de la gestation non pas comme une maladie ayant une origine spécifiquement gravidique, mais comme une forme clinique de la maladie de Biermer. Laissant dès lors de côté l'avortement thérapeutique, il semble plus logique de s'attacher à combattre cette redoutable affection en essayant toutes les ressources d'un traitement médical bien conduit. Les guérisons, quoique rares, pourront néanmoins être relevées comme elles le sont déjà, grâce à l'emploi de la méthode des petites transfusions sanguines répétées ou de la méthode de Whipple (utilisée avec d'heureux résultats par Devraigne).

NEOPLASIE DU COL UTERIN

La coexistence du cancer du col et de la gestation est assez rare, mais la thérapeutique à utiliser présente un intérêt considérable du fait de l'existence du fœtus et de l'aggravation rapide du cancer par la gestation.

De tout temps, la grossesse compliquée de cancer du col de l'utérus a été considérée comme une affection des plus graves. Avant l'ère de la chirurgie moderne, on était condamné à l'expectative, et le seul but de l'accoucheur était de sauver la vie de l'enfant. Puis, après cette longue période d'inaction, on eut l'espoir de sauvegarder l'existence de la mère, et ce fut la période chirurgicale. C'est alors que l'on pratiqua systématiquement le Wertheim dans toutes les grossesses de moins de six mois; dans les trois derniers mois, on faisait la césarienne suivie d'opération pour tenter de sauver la mère et l'enfant. Enfin, apparut la curiethérapie, qui semble pouvoir, dans la plupart des cas et à toutes les périodes de la gestation, être le traitement vraiment idéal.

Il est tout d'abord un point sur lequel toutes les statistiques concordent, c'est la rareté des cas de néoplasme du col utérin évoluant au cours de la grossesse. Quant à l'action de ce cancer sur la gestation, on doit noter que, dans un tiers des cas, l'avortement se produit entre le deuxième et le septième mois. Cette interruption résultant de plusieurs causes, parmi lesquelles on trouve :

« L'envahissement du segment inférieur par le cancer amenant la disparition de l'élasticité utérine et l'impossibilité d'ampliation du sac utérin, l'insertion vicieuse du placenta, l'endométrite par infection de la caduque, l'hypertro

phie de la muqueuse utérine, etc. Le plus souvent, d'ailleurs, il y a association de ces différentes causes. »

Quant à l'action de la grossesse sur le cancer, on trouve des opinions nettement différentes.

Pour les uns, tel Wertheim, le cancer suit son évolution normale, pour d'autres, le cancer reste stationnaire et paraît même quelquefois régresser. On cite le cas d'une femme qui mène à terme deux grossesses bien qu'indubitablement atteinte d'un cancer du col. Pour d'autres, enfin, tels Brindeau, Couvelaire, Audebert, Treub, Bar, le cancer s'aggrave toujours pendant la grossesse. Durant la gestation, il y a, en effet, une hyperémie de toute la zone génitale qui est éminemment favorable à l'accroissement du néoplasme, et l'évolution serait d'autant plus rapide que le terrain est plus richement vascularisé et que les tissus sont davantage en activité. Pour ces auteurs aussi, il se pourrait que, du fait de la gravidité, il y ait diminution des défenses de l'organisme contre le néoplasme.

Quoi qu'il en soit, que la grossesse ait une influence plus ou moins néfaste sur l'évolution du cancer du col, c'est une thérapeutique, qui, tout en tenant compte des conditions particulières où elle doit être appliquée, ne doit pas être seulement palliative, mais vraiment curative.

Or, il suffit d'examiner les résultats obtenus avec les deux méthodes actuellement en présence, l'intervention chirurgicale et la radiumthérapie, pour se rendre compte que, si des résultats intéressants et des succès sont à l'actif de l'une et l'autre, il n'en est pas moins vrai que la curiethérapie a l'immense avantage de respecter la vie du fœtus que l'intervention a le grave inconvénient de supprimer délibérément. Alors que les résultats obtenus par le Wertheim donnent environ 49 p. 100 de guérisons prolongées et sont surtout favorables au cours des premiers mois de la grossesse, les guérisons durables obtenues par la curiethérapie dépassent 55 p. 100. La supériorité de cette dernière méthode sur le traitement chirurgical paraît donc assez faible, mais, dans ce

rapprochement de chiffres et dans cette comparaison de résultats que l'on peut établir, il faut tenir compte qu'il y a souvent des cas très avancés qui sont réservés au radium, chargeant ainsi d'inévitables déchets les statistiques curiethérapiques, la chirurgie s'adressant surtout aux cas facilement opérables. Les inconvénients du Wertheim ne sont pas non plus à négliger. S'il semble difficile d'abaisser le seuil de la mortalité opératoire au-dessous de 10 p. 100, il y a en plus une série de contre-indications générales et locales qui doivent être prises en considération (soit qu'il s'agisse de cardiaques mal compensées, d'obèses, d'albuminuriques, etc., soit qu'il s'agisse de l'extension du cancer au delà des limites de l'opérabilité, compte tenu des difficultés créées par l'utérus gravide).

Quant au radium, il s'agit de savoir si son application dans le fond du vagin peut avoir une influence défavorable sur le produit de la conception? « Peut-il y avoir des enfants du radium comme il y a des enfants des rayons X ? ». Cette question longuement étudiée a fait l'objet de nombreuses recherches expérimentales portant sur différentes espèces animales. On a pu ainsi démontrer que les inconvénients occasionnés par les applications de radium ne sont pas négligeables. Les radiations détruisent bien, en effet, les cellules cancéreuses, mais exercent aussi leur action sur les cellules saines en karyokinèse et sur les cellules déciduales, et c'est ainsi que l'action du radium atteignant avec une intensité suffisante les tissus en voie de formation de l'embryon pourra produire parfois de fâcheux désordres, mais donnera lieu surtout à des modifications des caduques, qui provoqueront l'interruption de la grossesse. L'avortement sera donc le plus souvent la conséquence néfaste de l'influence du radium, et n'entraînera pas de suites fâcheuses pour la mère. De plus, si la grossesse se poursuit, l'enfant ne sera pas anormalement constitué, parce qu'il aura alors échappé aux radiations. A la condition d'être appliquée avec prudence, la curiethérapie ne semble pas avoir un effet aussi nuisible qu'expérimenta-

lement on pourrait le croire. Il est démontré cliniquement que l'enfant a toujours été épargné par les radiations, et on n'a jamais encore pu décrire « un enfant du radium ». D'autre part, fait beaucoup plus important, remarque Estienny dans sa thèse, « le radium est une arme très efficace contre le cancer, qui entre aujourd'hui en concurrence avec les meilleurs procédés chirurgicaux, en particulier dans le cancer du col, où son application est facilitée par les conditions anatomiques toutes particulières. » La tendance actuelle est donc d'opérer de moins en moins et d'irradier de plus en plus.

Quel que soit l'âge de la gestation, il ne saurait être question de remettre la curiethérapie à une date ultérieure, escomptant une résistance plus grande du fœtus à ce moment, et l'on appliquera le radium sans crainte d'employer des doses normales pendant un temps proportionnel à l'activité caryocinétique du cancer. La malade irradiée, surveillée de près, doit être revue fréquemment au point de vue récidive possible, et, s'il y avait lieu, une deuxième application serait pratiquée dans le cours même de la grossesse. Si le cancer est très étendu ou si l'on se trouve près du terme, une application palliative avec faible dose doit être faite pour temporiser, afin de césariser dans les meilleures conditions pour le fœtus et de faire ensuite de la curiethérapie dans la cavité utérine libérée.

D'après l'ensemble des recherches actuelles, on peut donc affirmer que le radium, loin d'interrompre la gestation, lui permet, au contraire, de se poursuivre, en arrêtant puis en faisant rétrocéder le cancer, et donne la certitude d'être une thérapeutique, aussi efficace que l'intervention chirurgicale, en ayant l'immense avantage de respecter la vie de l'enfant sans porter préjudice à l'existence maternelle.

LES CARDIOPATHIES

Si l'étude des rapports qui peuvent unir les cardiopathies et la puerpéralité est de date relativement récente, il n'en est pas moins vrai que bien des états cardiaques plus ou moins décompensés ont été traités par l'interruption de la gestation. Il est de notion courante, en effet, que la gestation aggrave les cardiopathies. Les statistiques des premiers auteurs qui se sont occupés de la question montraient l'extrême fréquence et la haute gravité des accidents gravido-cardiaques (Guérard, Mac-Donald). Ces auteurs parlaient d'une mortalité allant de 24 à 87 p. 100 des cas, mais Jaccoud et Germain Sée ont réagi contre cette conception et ont montré qu'un très grand nombre de cardiopathes traversent la puerpéralité sans incident. Fellner prétend que les 6/7 des états cardiaques ne sont pas diagnostiqués pendant la puerpéralité. Sur 5.000 accouchées, Vinay trouve 80 cardiaques, dont 72 n'ont présenté aucun accident; 6 ont fait de l'asystolie; 2 de l'œdème pulmonaire. Demelin, sur 5.162 femmes, relève 64 cardiaques qui, sur les 162 grossesses qu'elles ont faites, en ont eu 62 sans aucune manifestation pathologique, et dans la grande majorité des cas les phénomènes de décompensation furent très légers.

En résumé, les accidents gravido-cardiaques sont relativement rares, et il semble que l'insuffisance cardiaque n'apparaisse et ne débute souvent d'ailleurs qu'à partir du sixième mois; époque qui correspond à l'apparition de l'augmentation de la masse sanguine et, par conséquent, à un surcroît de travail pour le cœur.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que parfois les lésions

cardiaques, soit qu'elles surviennent au cours de la grossesse, soit qu'elles lui soient préexistantes, risquent d'être aggravées au point de mettre la femme en danger au cours des premiers mois.

Sans doute, le meilleur moyen prophylactique pour éviter l'avortement thérapeutique serait d'adopter la formule de Peter : « Jeune fille, pas de mariage; femme, pas de grossesse. » Mais si, à la rigueur, cette conduite pourrait être préconisée quand le cœur a déjà donné des signes nets d'insuffisance, il faut reconnaître qu'en règle générale elle est bien trop sévère étant donné que des affections cardiaques graves sont compatibles avec des maternités répétées. Dans la plupart des cas, en effet, un traitement médical appliqué avec méthode peut permettre à la grossesse de se développer jusqu'à terme ou tout au moins près du terme, à un moment où un accouchement spontané ou provoqué ménage suffisamment les intérêts de l'enfant. Toutefois, lorsque dès le début de la grossesse l'échec de la médication ne fait aucun doute et que l'aggravation de l'asystolie menace directement et à bref délai la malade, est-ce qu'il convient de pratiquer une évacuation artificielle de l'utérus. Pour Pinard : « Cette interruption devient urgente lorsque se montrent avec l'asystolie des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie. » Mais alors n'est-il pas infiniment probable qu'il sera trop tard pour intervenir utilement, car en face de ces troubles de décompensation précoces où le traitement médical habituel sévère et bien conduit reste impuissant, comment pourrait agir avec succès cet avortement que certains croient encore utile en pareille circonstance ? Que la cause des phénomènes de décompensation soit d'ordre toxique, infectieux ou soit due à un réveil d'endocardite à une époque où les troubles d'ordre mécanique ne peuvent entrer en ligne de compte, il est loin d'être démontré que l'intervention obstétricale soit capable de relever un myocarde déficient.

LA TUBERCULOSE

C'est à propos de cette prétendue indication qu'il est le plus facile de montrer le danger de l'avortement thérapeutique. D'après les observations, on voit, en effet, que l'avortement fut souvent pratiqué sur le moindre soupçon de tuberculose, souvent sans aucune garantie scientifique, bactériologique ou radiologique. Une modification de la respiration, une bronchite un peu tenace, les symptômes les plus fugitifs pouvant être interprétés comme un début d'infiltration pulmonaire, ont servi de motifs ou d'excuses à des interventions sans nombre.

Les risques inhérents à l'association de la tuberculose avec la gestation sont donc actuellement soumis à trop d'appréciations personnelles contradictoires pour qu'on puisse en déduire une conduite aussi hasardeuse et aussi lourde de conséquences que celle que voudraient voir adopter les interventionnistes. Certes, les relations de la tuberculose avec la gestation ont été depuis de nombreuses années l'objet d'études multiples, mais, à l'heure actuelle moins que jamais, l'unanimité est prête à se faire pour l'adoption de l'avortement comme moyen thérapeutique.

Proposé pour la première fois par Pascali et Bompiani en 1886, défendu par William Duncan en 1890, puis par Simpson, l'avortement thérapeutique fut une question traitée sommairement jusqu'au Congrès international de gynécologie à Rome, en 1902. Mais à partir de cette époque la question fut reprise et souleva un très vif intérêt dans les pays de langue allemande. De ces débats ne jaillit pas cependant la lumière, car si, en 1907, Marigliano, croyant avoir trouvé la vraie for-

mule, pouvait dire : « Il faut interrompre la grossesse dans la tuberculose rationnellement et réellement diagnostiquée », en 1911, au Congrès de Munich, Menge, de Heidelberg, déclarait que nos connaissances sur la question étaient un véritable chaos et qu'en conséquence il était bien résolu à ne jamais provoquer l'avortement. Malgré tout, l'idée d'interrompre la grossesse dans les premiers mois de la gestation chez les tuberculeuses dont la maladie semblait évoluer et même chez les autres fut très favorablement accueillie par un grand nombre d'accoucheurs allemands.

En France, les accoucheurs ont toujours manifesté très peu d'enthousiasme pour la nouvelle arme antituberculeuse qu'on voulait mettre entre leurs mains, et l'interruption prophylactique n'a jamais gagné beaucoup d'adeptes. On paraît, au contraire, être en général de l'avis exprimé à Rome par Pinard, attribuant à la gestation une influence certainement fâcheuse dans beaucoup de cas de tuberculose; mais on ne préconise pas l'avortement thérapeutique, puisque le pronostic de chaque cas particulier est impossible et que, par conséquent, on ne peut agir d'après les indications cliniques. Le sentiment de responsabilité, vis-à-vis d'enfants ainsi sacrifiés, a aussi été toujours très grand chez les médecins français, qui n'ont jamais considéré les enfants de tuberculeuses comme un élément de peu de valeur.

Au Congrès de l'Association française des gynécologues et des obstétriciens à Genève, en 1923, l'étude de la question de la conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte a montré que presque tous les accoucheurs français, en face du problème de l'interruption de la grossesse, sont des interventionnistes très éclectiques. Si l'avortement thérapeutique améliore dans quelques cas très rares le processus tuberculeux, il est à peu près impossible d'en poser les indications, car un pronostic ferme ne peut presque jamais être établi avec certitude. Les enfants de tuberculeuses ayant, d'autre part, des chances de vivre et de se développer normalement, la meilleure décision à prendre est certainement de sauver l'enfant.

Il est certain qu'on ne peut pas soutenir, comme certains l'ont fait, que la gestation ait une influence favorable sur la tuberculose. Sans doute, on a pu citer des cas où le refoulement du diaphragme par l'utérus gravide a eu un effet utile analogue à la phrénicectomie, des cas où l'état de santé de la femme s'est convenablement affermi à la suite du fonctionnement intégral de l'appareil génital (Couvelaire), des cas assez nombreux où la grossesse marqua un temps d'arrêt dans la marche du processus tuberculeux (Sergent). Mais le plus souvent peut-être, il s'agissait simplement d'une impression d'euphorie pouvant cacher l'état réel, car, selon Sergent, les tuberculeuses peuvent garder un aspect florissant pendant la gestation, puis voir leur résistance s'effondrer. En somme, les faits rapportés par Pinard, Dumarest et d'autres de tuberculose influencée favorablement par la gestation semblent bien être l'exception.

Est-ce à dire cependant que la gestation soit un facteur étiologique important de la tuberculose ? Cela serait exagéré aussi. De nombreux phtisiologues ont, il est vrai, émis l'opinion que, fréquemment, les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire apparaissaient pendant ou peu de temps après une gestation ou un allaitement. Pour Sergent, cette fréquence serait de 25 p. 100 de sa clientèle féminine privée. Pour Léon Bernard, elle serait moindre, puisque, sur 164 malades, il ne compte parmi les 65 femmes qui ont eu des enfants que 6 seulement d'entre elles qui ont eu leur première poussée évolutive pendant la gestation.

Ces faits paraîtraient expliqués à ces auteurs, comme à Stern, à Bar, à Devraigné et Nobécourt, par l'état d'anergie dans lequel se trouverait la femme durant sa période de gestation. Cependant, s'il est certain que l'anergie se traduisant par la diminution d'intensité de la réaction à la tuberculine existe chez beaucoup de femmes, il en est un très grand nombre qui, malgré cette anergie tuberculinique, restent ultérieurement indemnes de toute manifestation tuberculeuse. Pour Couvelaire, « les constatations que l'on peut faire d'après

les statistiques paraissent démontrer que la fonction de reproduction ne favorise pas réellement par elle-même l'éclosion de la tuberculose, mais qu'elle représente un risque certain pour les femmes qui ont à supporter en même temps un surmenage et des conditions d'existence incompatibles avec l'état de gestation ».

Quant à l'influence de la gestation sur la tuberculose, on peut encore, d'après Couvelaire, la considérer comme très rarement bienfaisante, tantôt et plus souvent comme indifférente, tantôt enfin, et très généralement, comme néfaste.

D'après une importante statistique, Léon Bernard tire cette conclusion : « Une grossesse survenant chez une tuberculeuse ou chez une femme pouvant le devenir n'offre pas plus de risques d'augmenter ou de créer la tuberculose que de chances à demeurer à cet égard sans influence. »

Cette opinion est du reste confirmée par la statistique de Forsner, établie à l'occasion de la Conférence internationale contre la tuberculose, à Lausanne, en 1924.

Après une année d'observation sur 203 tuberculeuses gravides : 57 s'étaient aggravées, 26 étaient mortes, soit 40 p. 100 de cas défavorables. Sur 396 femmes sur lesquelles aucune gestation n'avait pu influencer la tuberculose : 85 s'étaient aggravées, 58 étaient mortes, soit 36 p. 100 de cas défavorables.

Après deux années d'observation sur 185 tuberculeuses gravides : 46 s'étaient aggravées, 49 étaient mortes, soit 51 p. 100 de cas défavorables. Sur 359 malades chez lesquelles la grossesse ne pouvait être incriminée : 80 s'étaient aggravées, 110 étaient mortes, soit 52 p. 100 de cas défavorables.

Après un an d'observation, la proportion de cas défavorables chez l'ensemble des tuberculeuses gravides ne dépasse que de 4 p. 100 la proportion des cas défavorables chez les tuberculeuses non gravides. Après deux ans d'observation, la proportion des cas défavorables est la même dans les deux groupes.

S'il est donc vrai que, dans certains cas, l'influence

fâcheuse de la grossesse ne paraisse pas évidente, toutes les éventualités paraissent possibles d'après les observations qui ont pu être faites par Couvelaire dans une Maternité spéciale pour tuberculeuses, annexée à son service.

L'influence variable de la gestation sur la tuberculose s'explique, en effet, par le polymorphisme de la maladie, et par la variété des réactions déterminées dans l'organisme féminin par la gestation et l'état puerpéral.

C'est ainsi que les malades atteintes de formes évolutives, mais chez lesquelles prédomine un processus de sclérose, ne sont pas exposées à voir leur maladie s'aggraver sous l'influence de la gestation.

Les malades atteintes de formes actives à évolution torpide, chez lesquelles l'enkystement de foyers tuberculeux a abouti à une stabilisation suffisante, ne risquent pas non plus de voir leur situation se modifier du fait de la gravidité.

Quant aux malades atteintes de formes évolutives ulcéro-caséuses, elles sont évidemment sujettes à des poussées sérieuses d'extrême gravité, que l'expulsion du fœtus sera impuissante à enrayer.

Il est à remarquer aussi que plus le début de la tuberculose est proche de l'époque où survient la gestation, plus la mortalité maternelle est élevée, au point d'atteindre 55 p. 100 lorsque la première poussée tuberculeuse coïncide avec les premiers mois de la grossesse.

L'opinion de Forsner considérant la gestation comme indifférente chez les tuberculeuses est donc mise en doute par Couvelaire, car si dans deux catégories de femmes, les unes ayant eu et les autres n'ayant pas eu d'enfants, la mortalité est à peu près identique, il ne faut pas voir là un argument décisif pour nier complètement l'influence aggravante de la gestation sur la tuberculose. Les femmes tuberculeuses ne meurent donc pas en proportion sensiblement plus élevée que les autres, mais elles meurent plus vite. L'aggravation n'est peut-être qu'une accélération aboutissant à une mort prématurée.

Le rôle néfaste de la puerpéralité serait donc de précipiter l'évolution vers une mort plus rapide.

Quant à la valeur des enfants issus de mères tuberculeuses, elle ne peut pas être considérée comme négligeable. Victimes bien plus souvent des contagions post-natales, auxquelles ils sont incessamment exposés, que de leur hérédité, il en est un grand nombre évidemment qui, apparemment susceptibles d'être élevés facilement, meurent très précocement. Mais les enfants de tuberculeuses ne sont pas fatalement voués à une mort plus ou moins rapide et dans la majorité des cas ces enfants, loin d'être tenus pour des non-valeurs, hériteraient peut-être, au contraire, d'aptitudes défensives et d'une sorte d'immunité (Debre-Dumarest), à la condition d'être protégés contre les infections post-natales et d'être soustraits d'emblée à la contamination du milieu par la séparation et la vaccination au B. C. G.

Après avoir revu rapidement les différents facteurs qui, dans les cas d'association d'une gestation avec la tuberculose, sont susceptibles d'influencer l'attitude du médecin, nous allons voir quelle doit être, d'une façon générale, la conduite qu'il peut adopter.

Si vers 1907 la lourde menace qui pesait sur la vie de la mère, la pauvreté des moyens thérapeutiques et la valeur très aléatoire de l'enfant, servirent de base à la diffusion de la doctrine de Marigliano, qui conseillait de pratiquer systématiquement l'avortement, à l'heure actuelle on peut déduire de l'examen des faits que l'avortement est loin de mettre fin à l'aggravation déclenchée au cours de la gestation.

Les médecins qui admettent la légitimité de l'avortement thérapeutique, mais qui entendent le justifier par des raisons précises, voudraient réserver cette intervention aux formes évolutives curables et évoluant chez les femmes enceintes de moins de trois mois, parce que plus tard les risques sont vraiment trop considérables pour la mère.

Mais tout d'abord, si on se base sur la statistique de Léon Bernard, on constate que la femme enceinte tuberculeuse n'a

pas plus de risque de subir une aggravation de sa tuberculose que de chance d'y échapper; de plus on ne peut pas tenir seulement compte de la gravidité qui n'est pas à envisager seule, car la tuberculose, toujours là par elle-même, reste une menace dangereuse.

Ainsi donc pour intervenir, il faudrait pouvoir répondre affirmativement aux deux questions suivantes : La suppression de la grossesse va-t-elle supprimer le danger et dans quelle mesure? Devant une poussée évolutive existe-t-il des moyens d'investigation clinique qui permettent de discerner son avenir?

A la première question, il est impossible de répondre maintenant, car la tuberculose peut malgré tout poursuivre sa fatale évolution et l'avortement même aseptique, mais, pratiqué chez une femme dont la résistance est très diminuée, peut très facilement être une cause d'aggravation par le traumatisme qu'il provoque.

Lorsqu'il s'agit de forme scléreuse localisée, ou de tuberculose antérieure guérie, de tuberculose suspecte ou encore de tuberculose ayant atteint la deuxième moitié de la grossesse sans grande aggravation, l'abstention est la règle.

Il en est de même lorsqu'il s'agit de tuberculose avancée ou lorsque les poussées évolutives constituent une telle aggravation dès le début de la grossesse que toute interruption serait incapable d'éviter une issue fatale.

Mais entre ces deux variétés de cas extrêmes, où l'on doit respecter l'évolution de la grossesse ou se résoudre à laisser évoluer les lésions qu'aucune intervention ne pourrait juguler, il existe une foule d'autres cas dans lesquels il est difficile de se faire une opinion nette. C'est donc à propos de ceux-là que les accoucheurs adoptent une règle de conduite très différente.

Dans les formes évolutives localisées ou extensives, bilatérales, auxquels cas le pneumothorax artificiel n'est pas applicable, la question de l'avortement thérapeutique a pu être discutée et adoptée. Mais ces cas sont exceptionnels, car, sou-

vent, dans les premiers mois de la gestation, la tuberculose se présente de telle manière que l'on peut en arrêter l'évolution par un traitement approprié.

L'indication de l'interruption de la grossesse ne peut être réellement posée qu'à une époque où la tuberculose n'a pas encore fait sentir son influence nocive, c'est-à-dire dans le premier tiers de la gestation et dans les cas seulement de tuberculose discrète susceptible de guérison et évoluant manifestement sous l'influence de la gestation.

Certains auteurs se basent sur l'état général, d'autres sur la température, sur la lésion pulmonaire elle-même, sur les hémoptysies ou les complications cardiaques ou rénales, d'autres enfin sur la propagation de la tuberculose au larynx.

« La lésion ne doit pas être simplement soupçonnée, mais nettement affirmée par la clinique tout en restant discrète et susceptible de guérison. Elle doit se manifester par des signes physiques nets (signes d'induration ou de congestion, craquements des sommets, etc.), des signes fonctionnels et généraux (hémoptysie, toux, expectoration bacillifère, amaigrissement, température), des signes radioscopiques. »

Quoi qu'il en soit, malgré tous les moyens que la clinique, le laboratoire et la radiographie mettent à notre disposition, malgré tous ces essais tendant à préciser les indications de l'interruption de la grossesse d'une façon qui puisse se justifier aux yeux de certains, on est obligé de reconnaître que la véritable formule admise d'ailleurs par Pinard, Léon Bernard, Rist, Bué et bien d'autres, consiste « à soigner la tuberculose et à surveiller la grossesse » qu'on doit laisser évoluer.

C'est qu'en effet, comme l'écrivaient Pissavy et Lejars, en 1926 : « Personne ne nous indique à quoi on peut reconnaître que chez telle tuberculeuse gravide, l'interruption de la grossesse sera favorable ou nuisible ou inopérante et personne ne nous l'indique parce que personne ne le sait. »

Si nous examinons les résultats obtenus par les interventionnistes que voyons-nous ? Dans sa statistique de 1913, Técon, à Leysin, notait que l'avortement thérapeutique de

tuberculeuses à côté de résultats très satisfaisants ou nuls avait, dans 1/5^e des cas, déclenché une poussée bacillaire extrêmement grave. A la Société d'obstétrique de Bordeaux, en juin 1926, Andérodias et Boursier ont cité aussi des cas où l'avortement artificiel a donné un coup de fouet à la marche de l'affection. Au Congrès de Lausanne en 1924, Rist, parlant de la tuberculose chez la femme en état de gestation, disait : « Cette indication n'existe pas. Le soutenir, c'est commettre un crime social. Non seulement on n'a jamais prouvé que l'interruption de la gestation arrête l'évolution de la tuberculose, mais je suis convaincu qu'elle aggrave cette évolution. » C'est là aussi l'opinion de Dumarest, qui écrivait : « Ainsi l'avortement est toujours inadmissible, car, dans les cas bénins, il est inutile, donc criminel, et dans les cas graves, si l'intervention ne fait pas immédiatement deux victimes, la mère ne survivra guère à l'enfant. » Car, dit-il ailleurs : « L'avortement est généralement de l'aveu de tous les accoucheurs un désastre pour la mère. »

Ces deux dernières opinions sont bien le reflet de la tendance actuelle des accoucheurs, qui s'accordent à voir dans l'interruption de la gestation, au cours de la tuberculose, une décision de la plus haute gravité. Et comme pour Rist, ces cas où l'évolution de la tuberculose peut être heureusement influencée par une telle intervention, sont fort rares, c'est seulement lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer un pneumothorax, une thoracoplastie ou une phrénicectomie, que se posera avec toutes sortes de restrictions une semblable indication. Si tant est d'ailleurs que cette interruption semble arrêter la poussée qui s'est faite pendant la grossesse, dit Brindeau, mais il n'est pas question de guérison.

Nous pensons donc que l'attitude de Sergent est celle qui présente, à l'heure actuelle, le plus de garanties. Alors qu'il avait soutenu l'opportunité de l'avortement en certains cas bien déterminés devant « des menaces confirmées, mais peu bruyantes », lorsqu'il vit certaines évolutions dramatiques

dues à un avortement prétendu thérapeutique, il chercha un moyen moins brutal et plus constamment efficace. Il propose donc avec des méthodes qui combattent la déminéralisation et parent à la déficience surrénale, le pneumothorax de sécurité préventif, bilatéral et partiel. Il recommande notamment le petit pneumothorax dans les heures qui suivent l'accouchement.

La chrysothérapie, dans son application préventive des aggravations de la tuberculose liées à la gravidité et à la parturition, a donné aussi à Léon Bernard des résultats qui ne semblent pas négligeables. Sur 10 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, il note 8 succès et 2 échecs. Chaque fois qu'il s'agit d'une tuberculose ulcéro-caséeuse à lésion unilatérale, c'est le pneumothorax artificiel qu'il faut instituer; si cette intervention demeure inefficace, on lui adjoindra la chrysothérapie, et ce sera d'ailleurs cette méthode seule qui sera mise en œuvre lorsque le pneumothorax sera irréalisable en raison d'une symphyse pleurale ou qu'il sera contre-indiqué du fait des lésions évolutives.

En résumé, nous croyons que les cas heureux où l'avortement thérapeutique a donné de bons résultats ne sont dus qu'au fait que l'interruption de la gestation supprimait chez la femme tuberculeuse un facteur d'épuisement et une cause de décalcification. Mais avec l'emploi judicieux de toutes les ressources thérapeutiques qui, dans de tels cas, doivent être mises en œuvre (pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie, chrysothérapie, etc.), l'avortement thérapeutique ne semble pas devoir donner autant de résultats satisfaisants que certains voudraient bien le laisser entendre.

En tenant compte des conclusions élaborées au Congrès des gynécologues et obstétriciens de Genève, en 1923, et à la Conférence internationale de Lausanne sur la tuberculose, en 1924, nous croyons pouvoir affirmer qu'il est impossible de dire que l'aggravation constatée pendant ou de suite après la gestation soit apparue de ce fait. Et comme, d'autre part, le

pronostic de la tuberculose est toujours grave en lui-même, personne n'ayant pu donner la preuve qu'un avortement puisse en améliorer l'évolution, nous croyons, suivant les opinions de Léon Bernard, de Sergent et d'autres phtisiologues, que l'on doit s'abstenir de toute thérapeutique tendant à l'interruption de la grossesse.

LES EXIGENCES DE LA MORALE

Après avoir ainsi étudié les principales complications obstétricales et les plus importants des états pathologiques qui constituaient et constituent pour certains encore les indications médicales absolues d'avortement, nous allons pouvoir énoncer les exigences de la loi morale sur cette délicate question, afin de démontrer que les progrès thérapeutiques réalisés par des connaissances pathogéniques plus précises subissent une évolution qui concorde pleinement avec les principes évidents du droit naturel.

N'est-ce pas, en effet, le droit naturel qui, constituant le fondement moral incontestable de la déontologie médicale, en est aussi la source la plus sûre et la plus exacte. Or, par le fait que la déontologie est une application à la profession des grands principes de justice et de charité qui obligent tout homme, nous devons y trouver inclus les grands principes généraux qui, sur le terrain professionnel, obligent en conscience tout médecin. Ainsi, si à la lumière du droit naturel nous examinons la question de l'avortement thérapeutique, nous voyons qu'en toute justice il nous est défendu de violer le droit strict d'autrui. Est-ce à dire qu'il est toujours facile de délimiter exactement l'étendue et la portée de nos droits par rapport à ceux des autres ? Non, certes. Mais la première question que l'on doit se poser et dont la solution importe au plus haut point, c'est de savoir si l'embryon, le fœtus, sont ou non des êtres, des personnes. Car, dès l'instant que l'on reconnaît à cet être en puissance une personnalité propre et indépendante, on n'a pas plus à discuter ses droits à la vie que l'on discute ceux d'un enfant ou d'un homme.

En confrontant donc les données de l'anatomie, de la physiologie et de l'observation, sans se laisser guider par des idées préconçues, il semble bien que le fœtus ne forme pas une partie intégrante de l'organisme maternel. Certes, il n'est pas possible de nier la très étroite dépendance de l'organisme fœtal et de l'organisme maternel. Les influences réciproques sont évidentes aussi, car « si la mère agit sur l'enfant, la présence de celui-ci n'est pas étrangère aux modifications profondes qui s'exercent non seulement dans la sphère génitale et les glandes qui en dépendent, mais encore dans son sang et dans son équilibre humoral ». Toutefois, dès l'instant que la cellule primordiale, l'ovule fécondé, adhère aussi intimement que cela puisse être à un point du tractus génital qui est normalement la muqueuse utérine, cette cellule primordiale a acquis une individualité distincte. Elle va s'accroître, s'organiser, édifier une partie de la zone des échanges nutritifs qu'est le placenta, mais cet être nouveau n'empruntera plus désormais aucune cellule à l'organisme maternel. « Il y aura accollement, juxtaposition ou contiguité de tissus, mais jamais plus continuité. » N'y a-t-il pas lieu à ce propos de rappeler l'opinion de ceux qui voudraient assimiler le fœtus à une tumeur ? Nombreuses, certes, sont les tumeurs, surtout parmi les tumeurs malignes, qui manifestent une très grande indépendance vis-à-vis de l'organisme et semblent se développer d'une façon contradictoire, par rapport au développement normal de l'organisme atteint. Cependant, ces tumeurs n'ont pas de système circulatoire indépendant, empruntent ou aboutissent leurs vaisseaux à ceux de l'organisme sur lequel elles se sont développées et sont irriguées par son sang et sa lymphe. « Par contre, dès le début de sa vie embryonnaire, l'enfant semble prendre à tâche, avant même que ses organes principaux ne soient nettement délimités, d'organiser et de développer sans que jamais et en aucun point s'établisse de communication directe entre ses vaisseaux même les plus tenus et ceux de sa mère et que le sang maternel puisse se mêler au sien ».

Le jeune être manifeste donc son individualité en ayant son propre sang, ses propres globules, ses propres contractions cardiaques et vasculaires, son propre rythme de contraction beaucoup plus accéléré que celui du cœur maternel. N'est-il pas d'ailleurs légitime de voir dans le fait qu'au cours de certains états pathologiques, l'agent pathogène ne peut pas franchir la barrière placentaire pour envahir l'organisme fœtal, cette indépendance très nette des deux sangs. Des auteurs ont fait remarquer ainsi que l'anémie pernicieuse, qui altère si profondément la constitution et l'aspect macroscopique des éléments figurés du sang de la mère, laisse par contre intactes la composition et les cellules du sang de l'enfant.

Mais dès avant cette organisation de la circulation sanguine, dès les premiers moments de sa conception, le fœtus est un véritable être humain. Ce n'est plus une partie intégrante du corps de sa mère; il est plus et mieux que cela. C'est un être qui a une personnalité propre, distincte de celle de sa mère. Il n'est sans doute que le résultat de la fusion de deux éléments : l'un d'origine paternelle, l'autre d'origine maternelle et ne subsiste que pour autant qu'il demeure dans une sorte de parasitisme vis-à-vis de sa mère, mais néanmoins il vit cependant d'une vie qui lui est propre et se comporte déjà comme un tout, comme une unité vivante. Dès lors qu'on lui reconnaît cette existence indépendante, il possède des droits réels et spécialement le droit de ne pas être privé de la vie par un acte directement homicide. De par sa nature humaine, il possède dès le début de son existence propre une personnalité morale et des droits aussi inaliénables qu'imprescriptibles. Il est donc impossible de ne pas respecter sa fin propre et son indépendance, de même qu'il serait profondément injuste de vouloir réduire cet être vivant au rôle d'instrument ou de moyen pour le bien ou même le salut d'autrui.

Qu'un conflit vienne donc à s'élever entre les droits de la mère et ceux de l'enfant et l'on se trouve obligé de recon-

naître que ce sont les droits de deux personnes qui s'affrontent. Or, s'il est relativement facile de résoudre le problème que posent deux droits qui viennent à s'opposer lorsqu'ils sont d'inégale dignité, il n'en est plus de même dans le cas de l'avortement thérapeutique, et il serait injuste d'estimer les droits de l'enfant inférieurs à ceux de la mère. Les deux vies en présence sont également précieuses et doivent être respectées de la même façon. Celle de l'enfant ne peut être subordonnée comme moyen à la vie de la mère et sacrifiée aux intérêts ou même à la conservation de celle-ci.

Nombreux certes sont les accoucheurs qui se plaisent à affirmer que cette question de l'interruption artificielle de la grossesse est une question purement médicale, mais inconsciemment ou non ils adoptent fatalement par leurs négations aussi bien que par leurs affirmations un point de vue qui ne peut pas ne pas relever de l'ordre moral. Assurément, la science médicale indique les circonstances où elle juge nécessaire l'avortement dans l'état actuel de nos connaissances, mais si elle constate les faits, elle ne peut pas donner un ordre. C'est une science d'observation, un art et non pas une science morale. Elle dit ce que le médecin peut faire et non ce qu'il doit faire. Aussi il y a certains actes professionnels qui relèvent de la loi morale et sur lesquels elle est incompétente. La solution de tels conflits, comme celui que pose le problème de l'avortement thérapeutique, ne peut donc être fournie par la seule science médicale, mais par la science qui précise la nature et l'étendue de nos devoirs, car c'est elle qui, dans la plupart de nos interventions, doit dicter, diriger et guider notre attitude.

Le droit naturel est donc l'unique source de lumière en cette matière, et c'est lui qui peut seul éclairer et aiguiller notre conduite.

Le principe fondamental est « tu ne tueras pas ». Et de là il découle qu'il n'est jamais permis, même pour sauvegarder les plus graves intérêts, de tuer directement ou de s'exposer à tuer directement un être humain, fût-il destiné sous peu à périr de mort naturelle.

Toute atteinte directe est donc formellement interdite, et à cette règle il n'existe que trois exceptions : le cas de guerre juste ou supposée telle, l'exécution d'une sentence de mort légitimement rendue par un tribunal qualifié, le cas de légitime défense contre un injuste agresseur.

On a donc essayé mais en vain de faire entrer dans une des trois exceptions admises par la loi naturelle le meurtre direct du fœtus. Il est impossible, en effet, de l'assimiler à un ennemi ayant injustement envahi le territoire qui lui était défendu. Ce n'est pas non plus un criminel que, par un acte d'utilité publique pour sauver la mère, l'autorité légitime puisse condamner à mort. Pour le Docteur Cazeaux et d'autres auteurs : « Ces médecins éclairés, appelés auprès de la malade, cette famille dont les plus chères affections sont en litige, ne constituent-ils pas un tribunal dont les décisions ont droit au respect de tous ? Leur magistrature est-elle moins sainte et leur décision n'a-t-elle pas tous les caractères d'un acte d'utilité publique ? » A cela on peut répondre que l'autorité civile même légitimement constituée ne peut jamais condamner un innocent.

Enfin l'argument auquel on a recours de préférence est que le fœtus est un injuste agresseur contre lequel peut être invoqué le droit de légitime défense pour la mère, comme s'est essayé à le prouver Maxwell. Mais il n'existe d'agression injuste que celle qui est volontaire, et ce n'est pas volontairement que le fœtus a choisi pour sa nidation et son développement le lieu et la manière que les lois de la nature lui assignent. D'ailleurs, n'est-ce pas librement que la femme a conçu et de quelle culpabilité pourrait-on accuser un fœtus innocent ?

Ainsi donc l'avortement thérapeutique ne peut pas trouver sa justification dans l'un ou l'autre des trois cas où le droit de s'opposer à la force par la force est permis pour résister à d'injustes violences, et il reste indiscutablement vrai qu'il n'est jamais permis de tuer directement un innocent qui ne se rend coupable d'aucune injustice.

De plus, la fin ne justifie pas les moyens et rien ne peut légitimer ce qui est intrinséquement mal, de telle sorte que le meurtre direct et volontaire d'un innocent ne peut pas devenir licite, lors même qu'il s'agit de sauvegarder les plus graves intérêts. Si bien que le meurtre du fœtus ne peut devenir permis, même s'il est le seul moyen de sauver une vie et la plus précieuse sur deux condamnées autrement à s'éteindre. Comment, en effet, pourrait-on juger que l'enfant présente « une moindre valeur sociale » ou qu'en considération du principe de la plus grande utilité, on doive se résoudre à sacrifier l'enfant pour sauver la mère.

Mais si le fœticide direct et volontaire est contraire au droit naturel, celui-ci admet dans certaines conditions bien déterminées le fœticide indirect. La loi naturelle n'interdit pas, en effet, au médecin de prescrire ou de pratiquer, puisque c'est indispensable, une opération qui tende directement à sauver une femme enceinte atteinte d'une maladie mortelle ou du moins très grave, mais risque avec plus ou moins de probabilité ou même avec certitude de tuer indirectement le fœtus. Dans ces circonstances, le médecin peut intervenir et pratiquer une opération qui procurera par elle-même, et non par l'avortement ou la mort du fœtus, le salut de la mère. Mais il faut que la vie de la mère soit immédiatement et gravement menacée et que l'opération qui peut seule la sauver n'ait pas la mort du fœtus comme fin, mais que cette mort n'en soit que la conséquence plus ou moins indirecte et qu'il n'existe aucun autre moyen de sauver la mère.

Ainsi donc, pour recourir à des moyens qui vont certainement entraîner d'une manière indirecte la mort du fœtus, il faut qu'un danger imminent et certain de mort menace la vie de la mère, qu'aucun moyen thérapeutique inoffensif ne puisse plus être employé et enfin il est nécessaire que l'intervention ne soit pas directement meurtrière du fœtus. Il est, par conséquent, indispensable que les procédés employés par le médecin soient des moyens de guérison, c'est-à-dire des moyens employés uniquement en vue de guérir la mère et qui puis-

sent la guérir autrement qu'en la faisant avorter ou en tuant le fœtus, quoique ces effets puissent « accidentellement » se produire, sans que le médecin les ait voulus ni cherchés.

Il s'agit de l'application d'un principe général dont les conséquences s'étendent à toute la morale, le principe des causes à double effet parallèle. La même cause peut entraîner deux effets parallèles : l'un bon, l'autre mauvais; mais l'effet mauvais ne doit pas être le moyen par lequel le bon effet se réalise. En d'autres termes, il est permis de tenter une intervention aussi bien que d'administrer un médicament, qui entraîneront deux effets indépendants : l'un bon et voulu, le salut de la mère; l'autre mauvais, qui sera peut-être la mort de l'enfant, à condition que le bon effet ne résulte pas directement du mauvais. Sans doute, le remède ou l'intervention tendront par leur nature à sauver la mère et par contre-coup à tuer l'enfant, mais les deux effets seront immédiats et le salut de la mère ne sera pas procuré par l'intermédiaire de la mort du fœtus.

Après avoir rappelé ces principes fondamentaux de déontologie médicale, d'après les données du droit naturel, nous allons voir que l'avortement thérapeutique, même pratiqué dans un but thérapeutique, rentre bien dans le cadre des interventions directement meurtrières. Si on laisse, en effet, de côté le caractère d'absolue nécessité que du point de vue médical certains n'hésitent pas à reconnaître à l'avortement thérapeutique qui est pour eux le seul et unique moyen infailible de sauver la mère dans certains cas, on est contraint de juger cette intervention comme directement homicide.

Lorsque l'accoucheur, en effet, a décidé pour des motifs très graves que seule l'interruption de la gestation pourra amener un résultat heureux pour la mère, que fait-il?

Il cherche à évacuer le contenu de l'utérus en un temps. Après anesthésie générale, ayant fixé le col il va le dilater aux bougies d'Hégar jusqu'à ce que l'orifice devienne perméable au doigt. Introduisant alors son index droit à l'intérieur de la cavité utérine, il va décoller et extraire le fœtus

et ses annexes. Or, dans ces conditions, comment pourrait-on nier que cette intervention obstétricale ne présente pas les caractères d'une action efficace, immédiate et positive tendant par sa nature et tout d'abord à tuer le fœtus? Sans doute cette mort n'est pas voulue pour elle-même, puisqu'elle n'est pas la fin que l'on se propose d'atteindre, mais si l'on considère l'intervention du médecin ou tout au moins la nature de l'intervention, elle est bien voulue en elle-même et à titre de moyen. C'est bien en interrompant la gestation et en tuant le fœtus d'une manière directe qu'il cherche à obtenir la guérison de la mère.

Il n'est pas possible, en effet, de prétendre que l'avortement ainsi pratiqué ne porte pas directement atteinte au fœtus sous le fallacieux prétexte que l'intervention ne fait que le changer de milieu. Sachant fort bien qu'avant le sixième mois de sa vie intra-utérine, le fœtus est dans l'impossibilité absolue de subsister en dehors de la cavité utérine, le médecin ne peut justifier sa conduite interventionniste en objectant qu'il ne s'attaque pas directement à la vie du jeune être. Que ce soit par curage digital ou par curettage instrumental, l'accoucheur supprime la vie de la façon la plus évidente en détruisant l'œuf, aussi bien qu'en l'extériorisant de l'organe maternel.

Sans doute, le praticien n'agit que dans un but thérapeutique avec la conviction formelle que l'acte qu'il se propose d'accomplir est le seul qui soit susceptible de sauver la femme qui s'est confiée à lui. Mais peu importent les raisons éminemment respectables que sa conscience peut lui offrir, il n'en est pas moins vrai que si le fœtus est exposé à mourir du fait de la mort éventuelle de sa mère, cela ne donne nullement au médecin le droit d'expulser de l'organe maternel, et par conséquent de tuer un être vivant dont les droits à la vie sont incontestables.

Les intentions les plus pures ne peuvent pas et ne pourront jamais rendre moral, même avec l'artifice du raisonnement le plus subtil, un acte immoral de sa nature et la loi natu-

relle ne permet pas à une femme enceinte même menacée dans sa vie par cette gestation de sacrifier à sa conservation l'enfant qu'elle a conçu librement et volontairement. La vie de ce petit être humain en voie de développement dans un organe que la nature lui a assigné doit être respectée tout autant que celle de sa mère que personne n'oserait inversement raccourcir directement et délibérément même de quelques heures pour assurer l'existence de son enfant.

Ces conclusions, auxquelles on aboutit sur la question de l'avortement même thérapeutique d'après les seules données du droit naturel, sont d'ailleurs celles qu'impose la morale catholique dont les préceptes ne sont que l'interprétation et la codification de ce droit naturel lui-même.

« Dans cette question morale, suivant une phrase de Mgr d'Hulst que le Professeur Mauriac citait dans un article, l'Eglise ne légifère pas, elle n'ajoute rien au droit naturel, elle le définit, elle le précise, elle le défend contre toutes les altérations de l'égoïsme ».

En effet, à côté des fondements de la doctrine catholique en cette matière qui sont le principe de l'Exode : *Non occides* (Tu ne tueras pas), et le précepte contenu dans l'épître de saint Paul : *Non sunt facienda mala, ut eveniant bona* (On ne peut pas faire un mal moral pour obtenir un bien physique), il y a une série de décrets de la Congrégation du Saint-Office.

A une demande faite à Rome au sujet de l'enseignement qui devait être donné à propos de la craniotomie, le Saint-Office répondit une première fois, le 28 mai 1884, que l'Eglise interdisait cette intervention, puis le 19 août 1889 la même formule est reprise et étendue à toute opération chirurgicale portant une atteinte directe à la vie soit du fœtus, soit de la mère (*tuto doceri non posse licitam esse quancumque chirurgicam operationem directe occisivam fœtus vel matris gestantis*). Enfin, en 1895, la Faculté catholique de Lille soumettant à Rome le cas de l'avortement médical pratiqué uniquement pour sauver la mère en danger sans porter atteinte directe au fœtus, mais alors que celui-ci n'ayant pas atteint

L'âge de la viabilité ne pourra certainement pas survivre, il fut répondu que cela n'était pas permis.

Depuis, de multiples discussions se sont élevées à propos de ces divers décrets, mais ce sont eux qui sont pourtant invoqués par le Pape actuel Pie XI, qui, dans une récente encyclique, condamne toute « indication médicale ou thérapeutique » de l'avortement. Plein de pitié pour la mère que l'accomplissement du devoir naturel expose à de graves périls pour sa santé, voire pour sa vie même, Pie XI déclare cependant : « Mais quelle cause pourrait jamais suffire à excuser en aucune façon le meurtre « direct » d'un innocent ? Car c'est de cela qu'il s'agit ici. » « Que la mort soit donnée à la mère ou qu'elle soit donnée à l'enfant, elle va contre le précepte de Dieu et contre la voix de la nature : « Tu ne tueras » pas. » La vie de l'un et de l'autre est chose pareillement sacrée ; personne, pas même les pouvoirs publics ne pourra jamais avoir le droit d'y attenter. » Telles sont les paroles du chef de l'Eglise, paroles qui, pour être sévères, n'en sont pas moins précises et claires.

Assurément, cette doctrine paraît dure et pénible dans ses applications, mais en cela comme toute loi morale elle a des exigences qui se justifient. Dans un problème où entrent en jeu les destinées de l'espèce, le médecin ne peut pas prétendre s'ériger en juge pour régler les cas concrets de ce genre où s'entremêlent et s'intriquent des droits absolus et égaux qui peuvent parfois lui paraître contradictoires.

Il est indispensable, au contraire, que la conscience médicale, en face de questions aussi délicates et de situations aussi tragiques, puisse être éclairée et guidée par des principes immuables et certains. Aussi, en affirmant d'après les enseignements de la loi naturelle et de la morale chrétienne le caractère délictueux de toute intervention qui porte directement atteinte à l'existence de l'enfant au mépris de son droit inviolable à la vie dès l'instant qu'il est conçu et existe, nous croyons que cette certitude est de nature à éviter de pénibles conflits de conscience. Nous croyons aussi que cette notion

très précise éclairera peut-être dans une certaine mesure ceux qui, apparemment bien souvent, se refusent à s'élever au-dessus de ce qui est seulement matière. Tous les médecins d'ailleurs sans distinction de croyance se rendent bien à cette vérité que leur rôle est avant tout de protéger la vie à tous les stades de sa manifestation. Et dans l'acharnement avec lequel les interventionnistes les plus déclarés cherchent à justifier leurs actes et à se donner d'illusoires prétextes qui sont pour eux des règles absolues, ne faut-il pas voir cette secrète tendance qui oblige chacun à considérer l'avortement, quelles qu'en soient les indications, comme un acte antisocial et naturellement contraire aux lois de la nature.

L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE ET LA LOI

Un dernier aspect du problème de l'avortement thérapeutique mérite enfin de retenir l'attention. Il s'agit de la nouvelle réglementation que certains voudraient voir admise, afin de rendre légal l'avortement thérapeutique dans l'intérêt des médecins, aussi bien que dans celui des malades.

Pour ceux qui n'hésitent pas à justifier par de fallacieux prétextes des avortements qu'à leurs yeux des indications toujours plus nombreuses semblent exiger, c'est évidemment une gêne et une contrainte (mais combien salutaire d'ailleurs du point de vue social) que de se sentir exposé à des poursuites judiciaires si leurs tendances interventionnistes arrivent à faire peser sur eux de légitimes suspicions.

L'article 317 du Code pénal réprime, en effet, tout avortement, quels qu'en puissent être les motifs, et les sanctions sont d'autant plus sévères que c'est une sage-femme ou un médecin qui le pratique, puisque, dans ce cas, les coupables sont passibles d'une peine de travaux forcés à temps. Et si l'article a été modifié par la loi du 27 mars 1923 pour permettre la correctionnalisation des cas d'avortement, il n'a nullement été question lors de ce remaniement d'article de faire introduire une clause spéciale à propos de l'avortement thérapeutique.

Malgré ces très claires dispositions de la loi, médecins et juristes se sont essayés bien souvent à justifier le droit de pratiquer l'avortement thérapeutique en faisant intervenir de nombreux arguments, entre autres la bonne intention de l'acte, la légitime défense, l'état de nécessité, etc. Mais quoi qu'il en soit dans l'état actuel de la loi, cet avortement n'a aucun fondement juridique et, suivant Tissier : « L'intelli-

gente tolérance des magistrats est la seule garantie qu'ont les médecins de ne pas être poursuivis. » Or, est-ce que cet état de choses est vraiment aussi préjudiciable au médecin qu'à la malade, comme certains voudraient le faire croire ? Pour ceux-là qui sont des interventionnistes déclarés, cette absence de dispositions légales concernant l'avortement thérapeutique leur fait craindre de la part de médecins trop scrupuleux des abstentions désastreuses. Cependant, les coutumes auxquelles se soumettent en général les médecins consciencieux qui ont à pratiquer un avortement sont reconnues par Tarnier et bien d'autres comme suffisantes pour mettre leur responsabilité à couvert. C'est ainsi que nous rappelons l'opinion du Professeur Balthazar à la séance du 12 décembre 1922 à l'Académie de médecine.

« L'avortement thérapeutique doit rester un acte exceptionnel; avant de l'accomplir, le médecin ne doit pas seulement s'être fait une conviction de sa nécessité, il doit se méfier de son propre jugement et appeler à son secours un confrère au moins pour provoquer une consultation solennelle, mais nous serons très catégoriques pour nous opposer à la communication de la consultation, soit au commissaire de police, soit au procureur de la République. » Ainsi donc, une consultation rédigée par écrit en plusieurs exemplaires est pour l'un des maîtres de la médecine légale une garantie suffisante, qui laisse au médecin une liberté d'action aussi grande que peut l'exiger le salut de ses malades.

Dès lors, nous refusant à admettre la nécessité d'une protection légale supplémentaire pour ceux qui, dans certains cas, croient qu'il est légitime de pratiquer un avortement, nous pensons que, sans nuire aux médecins consciencieux et sans causer le moindre préjudice aux malades, nous évitons que la loi qui protégerait l'exercice honnête de la profession ne couvre en même temps trop facilement bien des avortements qui, sous l'étiquette de thérapeutique, ne seraient au fond que des avortements de complaisance, pour ne pas dire parfois des avortements criminels.

La réglementation la plus judicieuse et les indications les plus précises (dans la mesure d'ailleurs où cela serait possible), loin d'amener le médecin, comme certains l'espèrent, à une plus juste compréhension de son devoir et du respect qu'il doit apporter à la protection de la vie du jeune être dont il peut être parfois le seul défenseur, risqueraient bien, au contraire, fort souvent, de n'être qu'un prétexte honnête à des interventions qui n'auraient pour mobile qu'un intérêt évident ou une pitié mal comprise.

« Comme il serait facile, en effet, sous une excuse d'apparence scientifique, d'abriter les manœuvres les plus louches et d'évoquer comme justification quelque vague état maladif. D'ailleurs, quand le public serait persuadé que le médecin est revêtu d'une sorte de droit légal à l'avortement et qu'il ne tient qu'à lui d'interpréter avec plus ou moins de bienveillance la question d'utilité de cette intervention pour la santé de la mère, il faudrait parfois à ce médecin une singulière énergie pour se raidir contre les plus pathétiques sollicitations et contre sa propre pitié. »

CONCLUSIONS

Parvenu au terme de l'étude que nous nous étions proposée sur les différents aspects que revêt le problème de l'avortement thérapeutique, nous pouvons tirer quelques conclusions qui, pour ne pas être définitives, ni rallier la plupart des opinions en la matière, auront du moins le mérite de situer la question telle qu'elle semble être résolue par beaucoup en face des immuables préceptes de la morale.

Nous devons tout d'abord reconnaître la toujours très grande multiplicité des indications et le désaccord qui existe sur bien des points entre les diverses écoles. De là l'inquiétude qui règne encore chez de nombreux médecins d'éducation médicale différente, qui se voient sollicités à pratiquer des avortements qu'ils jugent inutiles, à l'encontre de certains de leurs confrères, n'est certes point près de disparaître.

Mais enfin, si le malaise de l'avortement thérapeutique a des racines par trop profondes pour qu'on puisse espérer le voir se dissiper en peu de temps, il est certain que, dans un avenir qui n'est peut-être pas éloigné, cette arme barbare, et souvent peu efficace, aura cédé le pas à des moyens d'action plus puissants et plus assurés de succès.

Quoi qu'il en soit, si nous écartons délibérément les innombrables indications de tous ordres moral, social, eugénétique, économique ou autres, qui ne peuvent qu'injustement être couvertes de l'étiquette de thérapeutiques, les constatations que nous avons pu faire, en étudiant les principales des indications vraiment médicales de l'avortement thérapeutique, nous permettent de préciser les tendances actuelles.

Le progrès de nos connaissances, la meilleure interprétation des faits, une plus exacte compréhension des pathogénies, nous laissent augurer, après avoir parcouru d'une vue d'ensemble ces complications obstétricales les plus courantes qui imposaient si fréquemment l'interruption de la gestation, que le groupe ancien et important des indications médicales vraiment absolues d'avortement va en diminuant et semble sur le point de disparaître même peut-être complètement devant l'évidente poussée des progrès thérapeutiques.

Or, si ce revirement n'est point dicté par de simples préoccupations doctrinales et par les exigences toutes spéculatives de la loi morale, il n'en est pas moins vrai que l'enseignement officiel et les opinions de la plupart des maîtres éminents de l'obstétrique reconnaissent que l'avortement thérapeutique n'était et n'est point encore une méthode définitive, pas plus qu'une ressource thérapeutique vraiment digne d'être encouragée. Aussi, si nous sommes encore à l'aurore d'un changement d'attitude que le témoignage des faits cliniques semble rendre nécessaire, il faut reconnaître qu'un redressement remarquable des opinions, qui admettaient une solution aussi facile que celle d'un avortement, s'opère, s'affirme et ne peut pas ne pas se poursuivre.

N'y a-t-il pas lieu, à ce propos, de faire remarquer qu'en Allemagne, où les prétendues indications scientifiques d'avortement s'étaient spécialement multipliées, on a vu, heureusement à l'ancienne formule : « D'abord la mère, ensuite l'enfant », se substituer peu à peu celle autrement équitable qu'avait proposée Krönig : « Pas seulement la mère, mais aussi l'enfant. »

Cette tendance très nettement anti-interventionniste, qui semble en rapport avec une plus judicieuse utilisation des ressources variées de la thérapeutique, ne ralliera point de sitôt les suffrages de ceux qui ne voient pas, ou ne veulent pas voir, l'égalité de droits des deux êtres vivants qu'ils ont mission de respecter, mais pour les autres, et ils sont très nombreux, qui ont une exacte conception de la moralité d'un

acte auquel ils étaient contraints, cette orientation nouvelle est de nature à leur éviter bien des conflits de conscience.

En tout cas, grâce à l'attitude qu'il pourra désormais adopter, et à la conduite qui pourra être sienne, le médecin, conscient de ce qu'autorise ou réprouve le droit naturel, pourra, à propos de ce délicat problème de l'avortement thérapeutique, rétablir la notion exacte de la valeur de la vie humaine en germe, en sachant défendre un principe sévère sans doute, mais qu'il importe de ne point laisser entamer si l'on veut éviter de voir se produire des abus sans nombre.

C'est dans ce but que nous affirmerons qu'il est inutile et dangereux de vouloir faire introduire dans la législation des textes formels pour tolérer l'avortement thérapeutique, même avec les plus grandes réserves. Le médecin honnête trouvera toujours dans les précautions qu'il sait prendre pour affirmer la bonne intention de son acte de suffisantes garanties pour qu'il ne soit pas nécessaire de le protéger contre des poursuites juridiques, qui ne s'exercent en général que contre ceux qui n'ont pas seulement pour eux le bénéfice du doute. Vouloir faire inclure dans le Code un article qui tolérerait l'avortement thérapeutique, ce serait sanctionner la légitimité d'un acte que, moralement, l'on ne peut pas admettre, mais ce serait surtout donner à certains médecins, grâce au bénéfice d'une immunité propre à bien des complaisances, une liberté non contrôlable et un gage d'impunité dont ils ne manqueraient pas de profiter pour la plus grande satisfaction de bien des clientes.

En sachant, au contraire, que l'avortement thérapeutique pratiqué à titre exceptionnel et dans des conditions telles que le défaut d'intention criminelle serait facile à démontrer si besoin était, le médecin comprendra mieux que son devoir est de tout mettre en œuvre pour éviter d'être réduit à utiliser cette intervention qui, aujourd'hui encore, dans quelques très rares cas, n'est qu'un pis aller qui doit disparaître.

La confrontation des faits cliniques et des obligations de la morale est d'ailleurs de nature à donner vraiment cons-

science au médecin de la portée de son rôle à la fois difficile et délicat. Mais fort de voir les données de la science arriver à concorder toujours pleinement avec les exigences de sa conscience, il sentira qu'il a le très impérieux devoir de protéger et de respecter le plus scrupuleusement possible toute vie humaine, même la plus humble, la plus précaire, la plus menacée.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 14 février 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAIN. — Foéticide thérapeutique. Thèse Bordeaux, 1901.
- ANDÉRODIAS et LESCARRET. — Avortement thérapeutique chez une tuberculeuse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, oct. 1926.
- ANSALONI. — Avortement thérapeutique et décisions du Saint-Office. *Gaz. méd. du Centre*, 15 mai 1925.
- AUBERTIN. — Grossesse et anémie pernicieuse. *Presse médicale*, janv. 1924.
- AUDEBERT et GALY-GASPROY. — Indications de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la gestation. *Vie médicale*, févr. 1927.
- AUDEBERT et GARIPUY. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Toulouse*, 1925, p. 474.
- BALTHAZARD. — Etude médico-légale de l'avortement thérapeutique. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 12 déc. 1922.
- BAR. — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. VII^e Congrès de la tuberculose, à Rome, 1912.
- BERNARD. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 févr. 1925.
- BERNARD (Léon). — *Presse médicale*, 7 oct. 1931.
— *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1922, p. 582.
- BONNAIRE. — Responsabilité médicale et avortement thérapeutique. *Presse médicale*, 25 mars 1911.
- BRINDEAU. — *Presse médicale*, 22 juill. 1931.
— *Paris médical*, 21 janv. 1924.
- BRUPBAKER. — *Gyn. et obst.*, mai 1925.
- BOUDIN. — Avortement provoqué et secret professionnel, *Concours médical*, 1925.

- BOURSIER et FARGES. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, oct. 1926.
- BRAULT. — Avortement thérapeutique. *Gaz. méd. du Centre*, 15 nov. 1925.
- BUÉ. — Indications de l'interruption de la grossesse. *Echo médical du Nord*, 5 et 12 nov. 1927.
- CARRIÈRE. — Foeticide thérapeutique. Thèse de Toulouse, 1904.
- CATHALA et MERAT. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1923, n° 2, p. 109.
- CLÉMENT. — Le droit de l'enfant à naître.
- COLLEVILLE. — Malaise de l'avortement thérapeutique. *Rev. gén. de méd. et de chir. de l'Afrique du Nord*, juill. 1927.
- COLL DE CARREÑA. — Anémie pernicieuse et grossesse. Thèse Montpellier, 1925.
- COLOMBET. — L'avortement thérapeutique et la tuberculose pulmonaire. Thèse Lyon, 1911.
- Congrès de Genève, 1923. — Discussion sur la conduite à tenir chez les tuberculeuses pulmonaires enceintes. *Gyn. et obst.*, 1923, t. VIII.
- Conférence internationale de Lausanne sur la tuberculose, 1924.
- COUVELAIRE. — Tuberculose pulmonaire et gestation. *Paris médical*, déc. 1932.
- DUMAREST. — *Monde médical*, 1924, n° 655.
- ESTIENNY. — *Cancer du col et gestation*. Thèse Toulouse, avril 1928.
- FAUGÈRE et BALARD. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914.
- FIEUX et MAURIAC. — *Ann. de gyn.*, 1912.
- FIEUX. — Rapport du Congrès de Toulouse, 1910.
- FRUHINSOLZ. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire. *Rev. méd. de l'Est.*, n° 7, 1923.
- *Paris médical*, 20 juin 1923, p. 561.
- GUILLAUMET. — Grossesse et tuberculose. Avortement thérapeutique. Thèse Lyon, 1922.
- HAMAND. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Nancy*, 1926, n° 6, p. 366.
- *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1931, p. 320.

HARTEMANN (J.). — Le malaise de l'avortement thérapeutique. Thèse
Nancy, 1926.

— Les accidents gravido-cardiaques. *Gyn. et obst.*, 1927.

HERMEBERG. — Indications de l'avortement médical à la Clinique de
Genève. *Arch. mens. de gyn. et d'obst.*, 1919.

HENROTAY. — *Gyn. et obst.*, 1925.

JACOMY. — Avortement thérapeutique et la loi. *Bull. de la soc. de
méd. légale*, 1913.

MAFFRE-BAUGÉ. — Thèse Montpellier, nov. 1912.

MAURIAC. — L'intransigeance de l'Eglise. *Journ. méd. de Bordeaux*,
25 mars 1925.

MAXWELL. — De quelques cas de conscience en médecine. Discours
de rentrée à la Conférence de Bordeaux, 1901.

MAZET. — L'avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmo-
naire. Soc. de méd. et de clin. de Nice, 21 janv. 1927.

— Tuberculose et grossesse. Soc. de méd. et clin. de Nice, avril
1927.

METZGER. — *Bull. de la Soc. obst. de Paris*, 1923, n° 2, p. 116.

MITROVITCH. — Thèse de Paris, 1922.

PAYEN. — Déontologie médicale d'après le droit naturel.

PIE XI. — Encyclique : *Casti Connubii*.

PERETTI (DE). — Grossesse et cancer du col. *Gyn. et obst.*, 1927.

PIXARD. — Du fœticide. *Semaine médicale*, Suppl. au n° 30,
oct. 1901.

— Les indications médicales de l'interruption de la grossesse.
Congrès de Rome, sept. 1902. *Ann. de gyn. et d'obst.*,
sept. 1902.

— Avortement thérapeutique et tuberculose. *Bulletin médical*,
juin 1912.

— *Bull. de la Soc. méd. de Paris*, 21 nov. 1922.

PISSAVY et LEJARD. — L'avortement thérapeutique chez les tuber-
culeuses. *Presse médicale*, 1926, p. 1614.

RIST. — *Revue de la tuberculose*, août 1921, p. 245.

ROSNER. — Remarques sur le diagnostic et le traitement des vomis-
sements incoercibles. *Gyn. et obst.*, 1930.

SERGENT. — *Presse médicale*, 15 juillet 1922.

- SERGEANT. — Avortement thérapeutique chez les tuberculeuses. *Presse médicale*, 27 nov. 1926.
- SERDUKOFF. — Avortement thérapeutique et ses suites à Moscou. *Gyn. et obst.*, mars 1928.
- SCHIKELÉ. — Ligne de conduite pour avortement thérapeutique. Analyse. *Gyn. et obst.*, mai 1925.
- THOYER-ROZAT. — *Presse médicale*, 21 mai 1902.
— Obstétrique et morale chrétienne. *Presse médicale*, 23 août 1902.
- TISSIER. — Avortement thérapeutique et la loi. *Arch. mens. de gyn. et d'obst.*, 1913.
- TREUB. — Sur l'avortement thérapeutique et la morale. *Ann. de la Soc. d'obst.*, avril 1902.
- VIDAL. — Le droit à l'avortement. Thèse Toulouse, 1907-1908.
- VIGNES. — Interruption artificielle de la gestation. *Gaz. méd. de France*, mars 1929.
— Interruption artificielle de la gestation. *Journ. des praticiens*, mai 1920.
- VORON. — Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte. *Gyn. et obst.*, n° 2, t. VII, 1923.
- WEYMERSCH et OLBRECHT. — Conduite à tenir chez la tuberculeuse enceinte. *Gyn. et obst.*, t. VIII, 1923.
- WINTER (de Königsberg). — Der kunstliche Abord. Stuttgart, 1926.

